SUR LES

N° 14

KYSTES HYDATIQUES

UNILOCULAIRES

DU FOIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 17 AVRIL 1885

PAR

CHARLES DURAND

Né à Combret (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

> Tout est dit, et l'on vient trop tard, depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes, et qui pensent.
>
> LA BRUYÈRE.
> les *Caractères*, chap. I^er^, *des Ouvrages de l'esprit.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT O. ✲ ✲..... Doyen
GRASSET.....
LANNEGRACE.....
Assesseurs

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. DUPRE ✲ C. ✲.
Anatomie	BENOIT O. ✲ ✲.
Clinique médicale	COMBAL ✲ ✲.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER ✲.
Physique médicale	MOITESSIER ✲.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✲.
Chimie médicale et pharmacie.	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON ✲✲.
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologique...	L. DUMAS
Clinique chirurgicale.....	N.
Opérations et appareils.....	N.
Pathologie externe.....	N.

MARTINS (O.✲), COURTY (✲), BOYER (✲), I. DUMAS (✲), Profess. honor.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN ✲.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET	MM. MAIRET	MM. TEDENAT
GRYNFELTT	CHALOT	BLAISE
DE GIRARD	BIMAR	BAUMEL
SERRE	MOSSE ✲	VILLE
CARRIEU	REGIMBEAU ✲	GRANEL

M. F.-J. BLAISE, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. J. ESTOR, *président ;*
JAUMES, professeur ;
BIMAR, agrégé ;
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES, SŒUR ET BELLE-SŒUR

A MA TANTE ROSALIE NICOLAS

A MON ONCLE L'ABBÉ CÉLESTE NICOLAS

CHARLES DURAND

A MES AMIS

CHARLES DURAND.

AVANT-PROPOS

Durant mon stage dans les hôpitaux, j'avais eu l'occasion d'observer plusieurs cas de kystes hydatiques du foie. Au mois de janvier de cette année, se présenta à l'hôpital Saint-Éloi une malade atteinte de cette affection, qui rappela mon attention sur cette curieuse maladie. J'en publie l'observation.

L'idée me vint de faire ma thèse sur ce sujet, et je l'ai mise à exécution.

Les kystes hydatiques en général, et ceux du foie en particulier, ont été l'objet d'innombrables travaux, et cependant bien des points de la question sont encore obscurs. Je ne puis avoir la prétention d'apporter quelque chose de nouveau. J'ai traité ce sujet, essayant de condenser en peu de pages les principales notions acquises, d'indiquer les lacunes, de redresser ce que j'ai cru des erreurs, de comparer les divers modes de traitement employés, et conséquemment de choisir celui qui m'a paru le meilleur.

J'intitule ma thèse : *Sur les Kystes hydatiques uniloculaires du foie*, pour exclure les kystes multiloculaires ou alvéolaires, dont je ne parlerai point.

Je tiens à remercier mes amis, MM. Lapeyre et Fitz-Gerald :

M. Constant Lapeyre, interne des hôpitaux, qui m'a transmis avec

tous ses détails l'observation ici publiée, dont je n'avais pu recueillir que les principales données ;

M. William-A. Fitz-Gerald, docteur en médecine de l'Université de Dublin, qui a bien voulu se mettre gracieusement à notre disposition pour la traduction des auteurs étrangers.

SUR LES

KYSTES HYDATIQUES

UNILOCULAIRES

DU FOIE

HISTORIQUE

Le kyste hydatique n'est point une maladie nouvelle sous le ciel. Hippocrate, nous dit-on, pensait aux hydatides quand il écrivait cet aphorisme : « Quand le foie plein d'eau se rompt dans l'épiploon, le ventre se remplit d'eau et les malades succombent (1). »

Galien, commentant l'aphorisme susdit, et Arétée, parlent de vésicules pleines d'eau, qu'on peut avec plus de raison supposer des hydatides.

Aux XVI^e^ et XVII^e^ siècles, Plater, Wolkerus, Rivière, Bonnet, rapportent des faits nombreux et non équivoques de kystes hydatiques ; mais nul ne se doutait encore que cette vésicule fût un parasite ayant une vie propre, indépendante.

(1) *Aphorismes d'Hippocrate*, trad. Littré.

Pour les observateurs d'alors, qui ne savaient pas les différencier entre elles, les diverses espèces de vers vésiculaires n'en faisaient qu'une; elles ne furent distinguées que plus tard, lorsqu'elles furent mieux connues.

Redi, en 1684, observe chez le lapin des vésicules qui avaient un mouvement spontané. (C'est de cysticerques qu'il s'agissait.)

En 1685, Hartmann, expérimentant sur des cysticerques tirés de l'épiploon d'une chèvre, s'assure que cette hydatide est véritablement animée.

En 1693, Tyson soupçonna « que ces vésicules étaient des insectes, ou des œufs, ou des embryons d'insectes (1). »

Malpighi trouve un ver dans la vésicule ladrique.

Ici se fit un long silence.

En 1760 seulement, Morgagni reprend la question; il pense « que ces vésicules remplies d'eau ne sont pas toutes d'une seule espèce, que, par conséquent, leur origine doit être différemment expliquée (2). »

En 1766, Pallas découvre les rapports qui unissent le cysticerque au tænia et l'appelle *tænia hydatigena*.

Il observe, en outre, chez des animaux, des vésicules à échinocoques; il les trouve différentes des vésicules à cysticerques, mais n'en reconnaît ni la structure, ni la nature; et malgré cela, par analogie, il pense que ces hydatides, qu'il appelle *singulières*, doivent « certainement être attribuées à une créature vivante. »

En 1782, Gœze découvre que les granulations que porte la membrane interne des hydatides singulières sont des vers.

En 1804, Laënnec distingue parfaitement les hydatides à échinocoques de l'homme des autres vers vésiculaires; mais, ne sachant y découvrir de tête, comme dans les hydatides des animaux, il en fait un genre à part, genre des acéphalocystes.

En 1808, Rudolphi fit paraître une histoire remarquable des entozoaires.

(1) Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 349. édit. 1859

(2) Marc Malpighi, *Œuvres posth.*, édit. Lond., 1797, p. 84.

Mais, pour que l'échinocoque soit formellement reconnu dans l'hydatide de l'homme, il faut arriver en 1821.

Bremser, professeur à l'Université de Vienne, trouve des échinocoques dans l'hydatide mère, dans quelques vésicules filles, et, dans quelques autres, rien que de l'eau.

On croyait que les échinocoques étaient fort rares dans les hydatides de l'homme. En 1843, Livois redresse cette erreur.

Du jour où l'on eut découvert l'échinocoque, on se demanda quels rapports existaient entre la vésicule hydatique et les échinocoques. Les opinions les plus variées et les plus contradictoires ont été émises à ce sujet.

Davaine, dont l'autorité est grande en la matière, écrivait en 1856 ; « Pour nous, l'hydatide correspond à une phase de développement d'un animal qui vit un certain temps et peut se reproduire un certain nombre de fois sous la forme vésiculaire ; l'échinocoque offre une phase plus avancée du développement de ce même animal. »

Je crois que, plus généralement, on s'en tient aujourd'hui à cette idée ; mais l'on peut demander de nouveaux éclaircissements.

ÉVOLUTION DES HYDATIDES

D'où vient le germe dont l'évolution chez l'homme aboutit au kyste hydatique?

Chez le chien vit un petit ver, *tœnia echinococcus,* dont les œufs sont rejetés par milliers dans les fèces de l'animal. Ces œufs, extrêmement petits, sont dispersés de tous côtés, et par l'eau qu'il boit, les végétaux crus dont il se nourrit, l'homme en introduit quelqu'un dans ses

voies digestives. Là, sous l'influence des sucs digestifs, l'enveloppe de l'œuf se ramollit, et l'embryon libre, après avoir transpercé les parois intestinales, chemine à travers les tissus et se fixe en divers lieux, le plus souvent dans le foie et dans son lobe droit. Peut-être y est-il transporté par le sang de la veine porte.

Là, il commence par sécréter autour de lui une membrane, dans laquelle il est renfermé. Le kyste hydatique est dès lors constitué.

L'embryon ainsi fixé dans le foie détermine à l'entour de lui un certain degré d'irritation et, partant, la formation d'une membrane formée de tissu conjonctif épaissi, d'abord mince et lisse, qui plus tard devient fibreuse, vasculaire, épaisse, rugueuse ; s'incruste de noyaux cartilagineux ou calcaires, osseux même, qui peuvent aller en s'agrandissant jusqu'à transformation complète du kyste en un bloc solide, ainsi qu'il a été vu. Cette membrane enveloppant l'hydatide fait partie intégrante du tissu hépatique dont elle s'est formée, et se continue avec lui sans démarcation bien tranchée : l'hydatide qu'il renferme en remplit exactement la cavité, mais n'y adhère pas.

La vésicule hydatique se compose de deux couches : une externe, anhyste, translucide, friable, élastique, ressemblant à de l'albumine mal cuite. Cette couche est formée de feuillets très-minces, non isolables, mais qu'on peut voir au microscope très-régulièrement stratifiés.

Cette disposition est absolument caractéristique.

La membrane interne, que Robin avait appelée membrane fertile, que Giraldès appelle germinative, présente un aspect finement granuleux. Ces granulations, d'abord sessiles, puis pédiculées, restent attachées à la paroi, ou bien tombent dans l'intérieur de la vésicule. C'est l'échinocoque, petit animal à peine visible à l'œil nu, à tête garnie de quatre ventouses et d'une double couronne de crochets. Le corps est divisé en deux parties par un sillon circulaire : la tête et la vésicule caudale, dans laquelle l'animalcule peut invaginer celle-là.

Cette membrane interne de l'hydatide donne aussi naissance aux vésicules filles qu'on trouve en nombre très-variable dans la cavité de l'hydalide mère, et qui sont absolument constituées comme elle.

« Ces hydatides naissent, dit Davaine, comme des bourgeons, dans l'épaisseur ou à la superficie des parois de leur mère...., grossissent, deviennent creuses, et ne tardent pas à se détacher (1). »

Ces vésicules filles peuvent produire des échinocoques comme leur mère. Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que l'hydatide mère peut manquer de membrane fertile, partant d'échinocoques, et produire dans sa cavité des vésicules filles dont les unes pourront être fertiles, les autres stériles. Il y a là dans l'évolution des hydatides un point obscur, qui demande à être éclairci et appelle de nouveaux travaux.

Les vésicules mère et filles contiennent un liquide en général incolore et limpide comme de l'eau de roche, qui pourra devenir louche et purulent. Il est riche en chlorure de sodium et ne contient d'albumine qu'autant que l'hydatide est morte. C'est que celle-ci vivante se nourrirait de celle-là. (Gubler.)

ÉTIOLOGIE

Le kyste hydatique est le plus fréquent dans l'âge adulte. On a cité des cas chez de tout petits enfants et des vieillards d'un très-grand âge, mais la proposition première n'en reste pas moins vraie. Le sexe lui serait indifférent, d'après la plupart des auteurs : John Finsen l'a trouvé plus fréquent chez la femme.

Parmi les professions épargnées, on cite celle de marin : « Il est possible, dit un médecin anglais, M. Budd (2), que le régime des marins,

(1) Davaine, *loc. cit.*, p. 361.
(2) Cité par Davaine, *loc. cit.*, p. 379.

qui consiste pour la plus grande partie en salaison, soit contraire au développement de cette maladie. » Je dirais plutôt que ce régime les en préserve, parce qu'il ne leur en porte point le germe.

Le pauvre y serait plutôt sujet que le riche. C'est que celui-là vit inséparable de son chien, et se nourrit surtout de végétaux, où l'œuf, un jour ou l'autre, se trouve accolé.

On a accusé le froid et l'humidité.

Les auteurs disent : Très-rares dans les pays chauds, les hydatides deviennent de plus en plus communes dans les pays de plus en plus froids et humides.

A peu près inconnues dans les Indes, l'Egypte, les Etats-Unis ; assez rares en France, moins en Allemagne, très-communes en Islande.

C'est fort bien. Mais je leur dirai qu'en Australie, pays aux chaleurs torrides, de sécheresse extrême, la maladie hydatique et très-fréquente et, nous dit un médecin indigène (1), occasionne une grande mortalité.

Dans ce pays, où 40 0/0 des chiens seraient atteints du *tœnia echinococcus*, hommes, chiens, troupeaux et tous autres animaux sont obligés de venir s'abreuver aux mêmes réservoirs, aux mêmes sources : d'où la fréquence de cette maladie chez l'homme. En effet, dans la même contrée, en sont préservés ceux qui ont l'habitude de faire du thé leur boisson ordinaire. Cette préparation détruit l'embryon hydatique.

SYMPTOMATOLOGIE

Dolbeau avait divisé les tumeurs hydatiques en grands kystes et petits kystes. Les petits kystes se caractérisent, dit-on, par l'absence

(1) James-W. Barrett : *Abstracts from papers on hydatid disease.*

de tous symptômes : pour le médecin ils n'existent pas, car il est bien évident que le porteur du kyste ne viendra pas se faire traiter pour une maladie qu'il ne se connaît pas.

« Ce qu'il y a de vraiment curieux, dit M. Simon (Jules), dans l'histoire des kystes ordinaires du foie, c'est l'absence de réaction de tous les organes pendant le développement de cette lésion (1). » Ce n'est qu'après avoir acquis un certain volume que le kyste révèle sa présence, soit par son volume même : le sujet s'aperçoit par hasard que son ventre grossit, qu'il porte au côté droit une tumeur plus ou moins appréciable ; soit par des phénomènes de compression, phénomènes d'abord légers, auxquels le malade ne prête encore que peu d'attention, mais qui vont croissant tous les jours et le forcent bientôt à venir demander les secours de la science.

Il accusera des douleurs vagues, de la gêne, de la pesanteur au niveau de l'hypochondre droit, du creux épigrastrique ou dans tout le côté droit ; il se plaindra de quelques troubles dyspeptiques, il y aura eu des épistaxis fréquentes ou des métrorrhagies suivant le sexe : tous symptômes, comme l'on voit, qui n'ont rien de caractéristique.

A ce moment déjà, il est d'autres signes fonctionnels qui passent souvent inaperçus, dit M. Dieulafoy, qui les regarde comme très-importants, et sur lesquels il insiste comme pouvant permettre d'établir le diagnostic. Ce sont : « la douleur de l'épaule droite, l'apparition d'une urticaire, le dégoût des matières grasses et le développement d'une pleurésie droite (2). »

Aucun de ces symptômes en particulier n'est certes bien caractéristique, non plus que les premiers; mais de leur ensemble peut-on avec quelque confiance conclure à l'existence d'un kyste hydatique ? Je ne le sais, n'ayant pas encore une longue pratique, mais je ferai remarquer que, dans le cas rapporté à la fin de notre thèse, il y avait et la douleur dans l'épaule droite et le dégoût très-marqué des matières

(1) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Foie.

(2) *Manuel de Pathologie interne.*

grasses. La pleurésie droite avait existé, comme en témoignaient les solides adhérences que le diaphragme, fortement soulevé par le kyste, avait contractées avec la plèvre costale et la base du poumon.

Enfin le kyste, qui va toujours augmentant de volume, occasionne des troubles de plus en plus graves et présente de nouveaux symptômes :

A l'inspection, on reconnaît que la région hépatique est déformée, et présente une voussure ou tumeur plus ou moins apparente.

Par la palpation et la percussion tour à tour employées, on trouve que le foie, naturellement augmenté de tout le volume du kyste qu'il contient, est très-hypertrophié et atteint parfois à des proportions énormes. Son bord inférieur dépasse les fausses côtes et peut atteindre jusqu'à la fosse iliaque.

Le kyste peut se détacher à la surface du foie sous forme de tumeur, qui peut se présenter à l'hypochondre droit, à l'abdomen, au creux épigastrique ; qui peut, écartant, soulevant les côtes, les fausses côtes, s'élever dans la cage thoracique, y former une voussure plus ou moins nette et en détruire la symétrie. Dans ce cas, le côté droit du thorax mesuré présente une ampliation de quelques centimètres.

Si la tumeur kystique est accessible par la percussion et la palpation, qui doivent être faites avec méthode et grande légèreté de main, on en reconnaîtra la forme généralement arrondie, les dimensions, la surface lisse et rénitente, la consistance molle et fluctuante.

Quelques-uns de ces symptômes peuvent manquer ou ne pas être perçus, si le kyste est trop profondément situé.

Par les mêmes moyens, on peut produire et constater dans cette tumeur un frémissement particulier, que Briançon nomma *frémissement hydatique.*

On ne peut le constater que rarement, mais on doit le rechercher avec d'autant plus de soin, que c'est un signe absolument pathognomonique.

Il est facile de comprendre que les accidents, les troubles de compression, déterminés par un kyste de grande dimension, sont des plus différents, suivant le siége du kyste :

S'il occupe la surface convexe du foie, il repousse en bas cet organe, tandis que, soulevant le diaphragme, il comprime le poumon droit et refoule le cœur plus à gauche : d'où palpitation et dyspnée qui peut devenir extrême. Dans ces conditions, pour peu que l'autre poumon, n'importe la cause, soit gêné dans sa fonction, le malade peut mourir suffoqué.

Si c'est à la face inférieure du foie qu'il se développe, il repousse en bas l'estomac, la masse intestinale, et, suivant son degré de développement, peut descendre jusque dans la fosse iliaque droite, peut s'avancer jusqu'à la ligne médiane, la dépasser, envahir même tout l'abdomen au point de simuler une ascite. Dans ces conditions, l'estomac et les intestins, gênés, comprimés par la tumeur, sont plus ou moins troublés dans leur fonctionnement. Alors dyspepsie, nausées, vomissements, coliques, constipation ou diarrhée. Et, s'il n'y est porté remède, la nutrition ne se faisant pas ou se faisant mal, le malade s'affaiblit rapidement, tombe dans le marasme et meurt.

Ainsi développé, un kyste peut comprimer les gros vaisseaux portes, la veine cave, produire l'œdème des membres inférieurs, rarement de l'ascite.

On peut encore, mais assez rarement, observer de l'ictère : soit par compression des gros canaux biliaires, soit par suite de l'inflammation consécutive du foie, soit que, le kyste rompu, des hydatides ou des lambeaux de leurs membranes aient pénétré dans les canaux biliaires ulcérés et les aient obstrués. Dans ces divers cas, la bile, ne pouvant s'écouler, passe dans le sang et détermine l'ictère.

A moins de complication (suppuration de la poche kystique, inflammation du péritoine ou de quelque autre organe), le kyste évolue sans fièvre et sans douleur.

DURÉE — TERMINAISON

Dire la durée d'une maladie quand on ne peut connaître la date de son début est assez difficile ; l'on s'accorde à reconnaître cependant qu'après une moyenne de quinze mois à deux ou trois ans, le kyste est assez développé pour causer des troubles sérieux.

L'on a vu la maladie se prolonger sans accidents graves pendant dix, quinze, vingt, et même trente ans. Ces faits constituent des exceptions rares.

Après la durée moyenne indiquée, le kyste non traité aboutit à l'une des terminaisons suivantes :

1° Il peut dégénérer. D'après Davaine, « les hydatides ayant une existence limitée, elles se détruisent tôt ou tard avec les échinocoques qu'elles contiennent. » Alors le liquide qu'elles renferment se trouble, s'épaissit, devient albumineux ; les parties les plus ténues se résorbent, et toutes les parties solides, — sels, cristaux, échinocoques, membranes flétries, — restent au milieu d'un liquide qui va se résorbant tous les jours. On dirait d'abord une collection purulente ou un amas de matière caséeuse ramollie ; puis le résidu prend la consistance d'une pâte pareille à du mastic de vitrier, et peut se transformer même en une masse calcaire. D'un autre côté, la paroi kystique se rétracte à mesure que son contenu se résorbe ; subit, comme nous l'avons vu, une transformation cartilagineuse, calcaire ou osseuse. On ne constate plus alors à la palpation qu'une petite tumeur dure et indolente, qui est désormais inoffensive. Le kyste est guéri. Outre cette mort naturelle, l'hydatide, avec ses échinocoques, peut être tuée par l'introduc-

tion de bile dans sa cavité. Le kyste subit alors les mêmes transformations que ci-dessus. Cette terminaison heureuse n'est malheureusement pas fréquente, et quand un malade vient se présenter au médecin avec un kyste fort développé, qui occasionne déjà des accidents sérieux, celui-ci n'a pas le droit de compter sur un pareil dénoûment ; et s'il n'intervient pas, que va devenir le kyste ?

2° Il peut se rompre. La poche kystique, sans cause reconnue, mais souvent sous le coup d'une violence extérieure, se rompt soudainement, ou bien s'enflamme, suppure, contracte des adhérences avec les tissus voisins auxquels l'inflammation s'est propagée ; des ulcérations détruisent en un point ses parois, et par cette ouverture le kyste déverse son contenu, soit au dehors, soit dans l'intestin, le péritoine, la plèvre, les bronches ; plus rarement dans l'estomac, les voies biliaires ; plus exceptionnellement encore dans le péricarde, dans la veine cave. Dans ces divers cas, l'issue peut différer. Le kyste s'est ouvert au dehors : la guérison n'est pas rare. Dans l'intestin, de même. Dans la plèvre, il détermine une pleurésie purulente, qui manque rarement de tuer le malade. Dans le péritoine, dans l'estomac, c'est plus souvent la mort. Dans le poumon ulcéré, le liquide et les membranes hydatiques peuvent être rejetés par les bronches, et le malade peut guérir, à moins qu'il ne soit emporté par un abcès du poumon ou la gangrène pulmonaire, accidents auxquels semble prédisposer la maladie hydatique. Dans les voies biliaires, le résultat est le plus souvent fatal, à cause de l'obstruction de ces conduits par des vésicules ou des lambeaux de membranes. Dans le péricarde, la veine cave, mort rapide. Et dans les divers cas où le kyste s'est le plus favorablement ouvert pour la guérison, que de fois le malade succombe des suites d'une suppuration prolongée, d'infection purulente ou putride !

DIAGNOSTIC

En médecine, le point essentiel est de savoir reconnaître quelle est la maladie qu'il faut combattre.

Avec quelles affections diverses peut être confondu le kyste hydatique du foie ?

Avec le gros foie de la leucocythémie, de l'impaludisme, de la cirrhose hypertrophique; avec l'abcès du foie, le cancer du foie, l'hépatite syphilitique, le kyste du rein droit, le cancer du même rein ; avec la tumeur de la pyélite chronique, de l'hydronéphrose, le kyste de l'ovaire, la vésicule biliaire distendue, un anévrysme de l'aorte abdominale, un kyste du poumon droit, enfin la pleurésie droite et l'hydropneumothorax.

Gros foie de la leucocythémie, de l'impaludisme, de la cirrhose hypertrophique. — Ici, à proprement parler, pas de tumeur: tout le foie est uniformément développé ; en outre, la cirrhose s'accompagne d'ictère chronique ; de plus, les données étiologiques, les symptômes, sont essentiellement différents.

Abcès du foie. — Il évolue plus rapidement que le kyste, avec frissons, fièvre et douleur, tous symptômes qui doivent exclure, dès l'abord, l'idée d'un kyste hydatique. En outre, l'abcès du foie est très-rare dans nos pays tempérés.

Mais, si un kyste passé jusqu'alors inaperçu vient, sans cause appréciable ou sous le coup d'une violence extérieure, à révéler sa présence par des douleurs, des frissons, la fièvre, s'il vient en un mot à suppurer, comment le reconnaître d'un abcès du foie ?

Heureusement qu'il y aura presque toujours des antécédents qui fixeront le médecin à ce sujet. En outre, l'erreur ne serait guère préjudiciable, puisque le pus formé dans l'abcès du foie, il est conseillé de l'évacuer par une ponction aspiratrice (Boinet, Jaccoud, Condon), ou, si celle-ci ne suffit pas, par la ponction avec un gros trocart qu'on laisse à demeure (Ramirez, Gallard), ou par les caustiques (Récamier) : modes divers qui servent, comme nous le verrons, pour le traitement du kyste hydatique.

Tout ce que dessus s'applique également à la périhépatite aiguë, puisque celle-ci ne peut être guère distinguée d'un abcès du foie.

Cancer du foie. — La glande hépatique acquiert rapidement un grand volume, devient douloureuse à la palpation ; la surface en est irrégulière, bosselée ; le bord tranchant devient mousse et irrégulier. Mais c'est la marche de la maladie qui est vraiment caractéristique. De bonne heure, le malade perd tout appétit, il dépérit rapidement, il devient d'une maigreur extrême, présente un facies particulier bien connu ; sa peau séche et flétrie prend une teinte jaune paille caractéristique du cancer ; les globules rouges vont graduellement en diminuant. Tandis qu'au contraire du cancer du foie, le kyste « laisse l'économie indifférente jusqu'au moment où son volume devient énorme et où des compressions, ruptures, inflammations, viennent troubler l'évolution lente et bénigne des symptômes. » (J. Simon.)

L'ictère, les œdèmes, sont peut-être plus fréquents avec le kyste.

Il est bien entendu que si, du côté du foie, on trouve les symptômes déjà décrits et que l'on ait constaté la présence d'un cancer dans quelque autre organe, le diagnostic est fait : c'est à un cancer secondaire du foie que l'on a affaire.

« Malgré tous ces signes distinctifs, dit Davaine (1), il est des cas dans lesquels le diagnostic offre les plus grandes difficultés : c'est lorsque l'accroissement de la tumeur hydatique, plus rapide que d'or-

(1) *Loc. cit.*, p. 462.

dinaire, est accompagnée de douleurs ;... lorsqu'une circonstance particulière, comme une violence extérieure, est venue en changer la marche ;... lorsque plusieurs kystes donnent à la tuméfaction de l'hypochondre un aspect inégal...» De plus, si la tumeur cancéreuse, très-vasculaire, paraît fluctuante, que peut dans ces divers cas donner la palpation, à moins que les hydatides ne donnent le frémissement hydatique, ou n'offrent cette rénitence particulière à une poche exactement remplie de liquide ; à moins que les tumeurs cancéreuses, par suite de stéatose et du ramollissement des parties centrales, ne présentent au palper une dépression en forme de cupule, dépression que ne peut offrir la tumeur kystique ?

Hépatite syphilitique. — On a pu confondre la syphilis hépatique avec des kystes multiples du foie. Dans l'une et l'autre affection, les tumeurs sont indolentes, la maladie évolue sans bruit, sans douleur vive, ni fièvre, ni symptômes bruyants. Mais les tumeurs du foie syphilitique ne sont ni fluctuantes ni rénitentes ; la rate est toujours hypertrophiée, et l'on pourra constater sans doute d'autres manifestations syphilitiques concomitantes ou des traces d'accidents antérieurs, si le malade ne les a déjà point avoués.

Kyste du rein droit. — Le kyste hydatique se comporte absolument dans le rein comme dans le foie, et, comme la tumeur kystique, en grossissant, s'accolle intimement au tissu hépatique, il est souvent fort difficile, même impossible de reconnaître si c'est d'un kyste du rein ou du foie qu'il s'agit. « Il est à remarquer cependant que ces derniers sont ordinairement situés plus en avant et qu'ils sont plus évidemment continus avec le bord tranchant du foie; néanmoins les kystes acéphalocystiques des reins sont quelquefois tellement soudés avec le foie par leur partie supérieure, qu'ils paraissent faire corps avec cet organe. Dans les cas obscurs, quelques circonstances particulières, l'existence antérieure d'un ictère ou d'un dérangement fonctionnel des reins, pourront quelquefois éclairer le diagnostic ; mais il faut

convenir que, hors les cas où la tumeur rénale forme une voussure aux lombes et se prolonge vers la fosse iliaque, il est difficile de préciser le siége de la tumeur (1). »

Si le kyste se rompt dans les calices ou le bassinet, de petites vésicules, ou des lambeaux de membranes hydatiques, ou des échinocoques ou leurs débris, peuvent être expulsés avec l'urine; on peut alors, en toute sûreté, conclure à un kyste du rein. Que le contenu du kyste soit vidé au dehors par les bronches, après ulcération et perforation du diaphragme et de la base du poumon, ou par la ponction, ou par une ouverture spontanée à travers les parois abdominales; que dans les vésicules ou le liquide rejetés on trouve des cristaux d'acide urique, de phosphate de soude, d'oxalate de chaux, on peut affirmer le kyste du rein.

Cancer du rein. — Il existe fréquemment de l'hématurie; les douleurs sont en général vives. Mais ces symptômes peuvent manquer, et la tumeur, avant la période de cachexie, peut être le signe unique du cancer; elle peut alors être prise pour un kyste du foie, car chacnn sait, dit M. Dieulafoy, combien est difficile le diagnostic des tumeurs de l'abdomen.

Pyélite chronique. — Hydronéphrose. — Dans ces maladies, l'uretère étant oblitéré, la tumeur formée par l'accumulation de l'urine a beaucoup d'analogie avec le kyste du rein et peut être, par conséquent, confondue avec le kyste du foie. Ici l'on se gardera d'une erreur de diagnostic par l'étude des antécédents, des anamnestiques. Il faut demander au malade s'il n'a pas auparavant rendu des urines troubles, purulentes ou sanguinolentes, surtout s'il n'était pas sujet à des coliques néphrétiques.

Kyste de l'ovaire. — Il peut être confondu avec un kyste du foie: soit que celui-ci soit descendu vers la fosse iliaque, soit que celui-là

(1) Rayer, cité par Davaine, *loc. cit.*, p., 526.

se soit élevé jusqu'au foie. Il faut alors s'appliquer, par la palpation et la percussion, à bien délimiter la tumeur.

Vésicule biliaire. — Que la bile, empêchée de s'écouler, distende la vésicule biliaire, la tumeur formée peut être facilement prise pour une hydatide, mais cette tumeur est en général allongée, piriforme, « est constamment et presque au début accompagnée d'une jaunisse intense, de douleurs vives, et jamais on n'y produit le frémissement hydatique (1). »

Anévrysme de l'aorte abdominale. — La tumeur présente extérieurement toutes les apparences d'une tumeur kystique. Mais, ici, il y a généralement des douleurs vives, qui vont s'irradiant au loin : douleurs en ceinture, sciatique, avec parésie des membres inférieurs. La tumeur anévrysmale est le siége d'une expansion qui se reproduit à chaque battement du cœur; en outre, à l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle, et, si l'on note le retard des deux pouls fémoraux sur la pulsation radiale, c'est d'un anévrysme qu'il s'agit.

Kyste du poumon droit.— Le kyste de la face convexe du foie présente absolument les mêmes symptômes que le kyste de la base du poumon droit; mais, si le kyste vient à être évacué par les bronches, l'on peut établir le diagnostic. S'il y a expectoration de bile, le diagnostic est facile.

En outre, le professeur Leyden a découvert que les abcès du foie contiennent une quantité considérable de bilirubine, et Virchow a démontré que l'espace situé entre les parois des kystes hydatiques et le tissu hépatique contient ces cristaux de bilirubine en grande quantité. Que le malade se plaigne du goût amer des matières vomies ; que dans ces matières ou dans les crachats on trouve des lambeaux de membrane hydatique; que, si on les traite par l'acide nitrique, il se produise dans ces membranes la modification de couleur qui est carac-

(1) Davaine, *loc. cit.*, p., 461.

téristique des cristaux de bilirubine, on peut affirmer que c'est un kyste du foie ouvert dans les bronches. Le professeur Leyden a pu ainsi établir deux fois son diagnostic (1). Le cas échéant, on ne peut faire mieux que suivre son exemple.

Pleurésie droite.—Le kyste de la face convexe du foie, qui repousse en haut le diaphragme et le poumon, se présente avec des signes et des symptômes qui l'ont fait maintes fois confondre avec un épanchement de la plèvre. L'on dira : « La présence du souffle, des frottements, de l'égophonie, la forme de la matité, la disparition des vibrations thoraciques, permettront le plus souvent de distinguer la pleurésie d'un kyste faisant saillie dans le thorax de ce côté (2). »

Mais les frottements disparaissent de bonne heure; l'égophonie, le souffle même, n'existent plus quand l'épanchement devient très-considérable. Il est vrai que M. Dieulafoy nous dit que « les kystes du foie ne simulent pas d'habitude de grands épanchements de la plèvre, ceux de 3,000 grammes, dont la matité remonte jusqu'en haut du thorax; ils simulent plutôt les épanchements moyens de 1,500 à 1,800 grammes, ceux qui provoquent une matité dont la limite atteint à peine l'épine de l'omoplate. Eh bien ! ces épanchements moyens ne déterminent ni l'ampliation, ni la déformation thoracique, ni la voussure, ni l'élargissement des espaces intercostaux, que l'on constate généralement dans les kystes hydatiques (3). » Mais, si le kyste, très-volumineux, remonte, comme il a été vu, jusqu'à la troisième, la deuxième côte, jusqu'à la clavicule même, comme les grands épanchements, les moyens de diagnostic précités ne peuvent plus servir.

L'auscultation ici ne peut rien donner, car le poumon, fortement refoulé et comprimé, ne respire plus. Il faut alors surtout étudier le

(1) Rapporté par le *British med. journ.*, 7 février 1885.

(2) Laveran et Teissier, *Nouveaux Éléments de pathologie et de clinique médicales.*

(3) *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 227.

début et la marche de la maladie. S'il s'agit d'une pleurésie, l'affection ne date pas de longtemps ; elle aura généralement débuté par des frissons, de la fièvre, par un point de côté, tous symptômes qui d'ordinaire n'appartiennent pas au kyste. Mais un kyste jusqu'alors inconnu, ou sans symptômes marquants, sous n'importe quelle influence, vient à suppurer : alors frissons, fièvre, état général grave. A ce moment, le malade se présente au médecin ; celui-ci, en présence de ces symptômes et constatant à la percussion une matité à niveau plus ou moins élevé, pense tout d'abord et naturellement à une pleurésie avec épanchement. C'est ce qui est arrivé pour le cas de kyste que j'ai pu observer à l'hôpital Saint-Éloi, dans le commencement de cette année. On risque d'autant plus de se tromper, que, relativement à la pleurésie, c'est une maladie excessivement rare, et que le médecin ne pensera le plus souvent à la possibilité d'un kyste qu'autant qu'il aura constaté quelque symptôme insolite qui le pousse à faire un examen plus minutieux.

Parmi les éléments de diagnostic, tous les auteurs citent la forme de la matité, mais n'expliquent pas comment. Quelques-uns disent même que c'est un signe infaillible.

Cette forme de la matité pleurétique est-elle bien connue? En tout cas, les auteurs en donnent une description différente. Du reste, d'après eux, cette forme varie suivant l'époque de la maladie, la nature, la quantité du liquide épanché, le décubitus habituel du malade. La forme de la matité est donc un signe incertain.

De plus, la pleurésie peut avoir existé, comme signe avant-coureur du kyste, suivant l'expression de M. Dieulafoy, et persister encore; elle peut survenir à toute époque de l'évolution hydatique, et, si elle se complique d'épanchement, celui-ci, recouvrant la face supérieure du kyste, en modifie naturellement la forme de la matité.

Et, si la pleurésie est enkystée, la forme de la matité, étant des plus variables, peut affecter celle de la matité kystique ; alors on pourra diagnostiquer le kyste, si l'on constate à son niveau une voussure thoracique faisant une saillie globuleuse, déformation spéciale, qui, d'après Trousseau, ne se produit jamais avec la pleurésie enkystée. Ce

serait donc un signe important, quand il ne peut être rattaché ni à une tumeur solide ni à une tumeur anévrysmale.

En outre, dans le cas de kyste, le foie serait toujours beaucoup plus abaissé; la tumeur peut alors dépasser les fausses côtes et déterminer une voussure, où l'on pourrait constater la fluctuation. Ceci n'appartient point à la pleurésie.

Quoi qu'il en soit, quelques signes distinctifs qui existent, il peut être parfois bien difficile de faire le diagnostic d'un kyste du foie d'avec la pleurésie ; et la preuve, c'est que des hommes parmi les plus compétents, que nul ne peut accuser d'avoir manqué ni de science, ni d'expérience, ni d'attention dans l'examen, ont commis de ces erreurs.

Hydropneumothorax. — Si le kyste, après avoir perforé le diaphragme, vient à ulcérer la base du poumon, l'on aura tous les signes de l'hydropneumothorax, soit que le contenu kystique se soit déversé dans la plèvre, soit qu'il soit resté dans la poche kystique. L'existence du kyste ne peut être alors révélée que par les antécédents, l'histoire de la maladie.

En somme, le diagnostic du kyste du foie, parfois assez facile, peut présenter des difficultés insurmontables. Trop heureux si la lésion avec laquelle on l'aura confondu est justiciable du même traitement.

TRAITEMENT

Je ne parlerai pas du traitement médical, aujourd'hui reconnu parfaitement inutile et par conséquent abandonné. Je passerai en revue

les diverses méthodes qu'on peut rapporter à quelques groupes principaux : 1° incision ; 2° ponction avec ou sans aspiration ; 3° ponction avec injections; 4° ponction avec gros trocart et sonde ou canule à demeure ; 5° méthode par les caustiques, ou de Récamier ; 6° acupuncture et électropuncture ; 7° ouverture par le thermocautère.

Voilà les grandes méthodes; mais chaque opérateur, toujours dans l'intention de mieux faire, apportait au manuel opératoire quelques modifications nouvelles, parfois, mais non toujours heureuses. D'où grande variété de procédés plus ou moins différents entre eux.

Incision

Dans sa thèse inaugurale (1), M. Magnant dit : « Le traitement chirurgical des kystes était encore inconnu au commencement du XIX^e^ siècle. Lassus, dans le journal de Corvisart, critiquait sévèrement l'ouverture artificielle comme une absurdité, ne se doutant guère que, quelques années plus tard, Récamier allait publier quelques guérisons obtenues par son procédé. Dès lors, la voie était ouverte, etc. »

Dès longtemps déjà la voie avait été ouverte, mais peu y étaient entrés. M. Le Dran, directeur de l'Académie royale de chirurgie, ayant remarqué qu'après chaque ponction le kyste en général se remplissait de nouveau, et qu'après deux ou trois ponctions le malade succombait, écrivait en 1737 (2) : « J'ai cru qu'en empêchant qu'il (le kyste) ne pût se remplir, on pourrait obtenir la guérison ou du moins prolonger les jours du malade : sur ce principe, j'ai osé tenter une nouvelle route, et le succès a répondu à mon espérance. »

En 1737, il ouvre largement avec le bistouri un vaste kyste déjà deux fois ponctionné, et il laisse en place une large canule, car « la sup-

(1) *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie.* Thèse de Paris, en 1877, n° 20.

(2) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie,* tome II, édit. 1819.

puration détache des kistes que l'on fait suppurer beaucoup de lambeaux ou d'exfoliations membraneuses plus ou moins considérables, ainsi qu'on le voit dans la pratique.... soir et matin, par la canule des injections d'abord détersives, ensuite des lotions vulnéraires et dessiccatives. » La guérison suivit, et, dans les réflexions que le conduisit á faire cette observation, il dit « que les parois du kiste vidé se rapprochant par ce qui leur reste d'élasticité et par la compression de toutes les parties environnantes, et, à mesure que les parois du kiste sont approchées, les vaisseaux ou les pores qui versaient la liqueur dans la cavité, sont comprimés : ainsi il y coule moins de liqueur, de même qu'après l'accouchement les évacuations diminuent à mesure que la matrice se resserre, etc... » Et il terminait ainsi : « De tout ce que dessus, on peut conclure : premièrement, que l'hydropisie enkistée ne peut être guérie que par une ouverture du kiste assez grande ; secondement, qu'il faut l'ouvrir de bonne heure pour prévenir sa très-grande extension. »

M. Le Dran communiqua à l'Académie un nouveau succès obtenu par sa méthode. A ce propos M. Morand, un autre académicien, disait : « On peut fort bien mettre en question s'il ne conviendrait pas d'attaquer les hydropisies enkistées par incision ; M. Le Dran a donné deux observations sur cela, bien capables de nous encourager. »

Mais ces faits restèrent isolés, et M. Le Dran n'eut pas d'imitateurs.

On a pratiqué l'incision simple du kyste, soit que sa nature eût été reconnue, soit qu'il eût été pris pour un abcès ou quelque tumeur.

Cette opération n'a été surtout faite que lorsque la tumeur proéminente était sur le point de s'ouvrir ; et, s'il l'on a eu de nombreux cas de guérison, c'est, comme le fait observer Davaine, que l'on n'a pas eu parfois à traverser de cavité séreuse, ou que des adhérences existaient qui ne permettaient pas l'issue du liquide dans le péritoine.

Bégin trouva une autre méthode d'incision. Incisant d'abord la paroi abdominale, il ne fendait le péritoine que le lendemain, et mettait tout simplement de la charpie dans la plaie ; quand il croyait les adhérences faites entre la tumeur et la paroi abdominale, il ouvrait

le kyste avec le bistouri. Ce mode opératoire fut imaginé pour que, par la formation préalable des adhérences, le liquide hydatique ne pût tomber dans la cavité abdominale, où quelques gouttes (l'expérience l'a trop souvent démontré) suffisent à provoquer une péritonite mortelle.

Toute méthode a eu ses succès; mais à telle incision, à plaie de telle grandeur, ne correspond pas une inflammation de tant de périmètre : rien de mathématique ni d'absolu en médecine. L'inflammation une fois survenue ne s'arrête pas, ne se limite pas au gré du chirurgien; souvent trop violente, elle peut s'étendre de proche en proche à tout le péritoine, et la méthode fait le mal que, dans le dessein de l'opérateur, elle devait éviter.

Wolkman s'en tient au procédé de Bégin, mais, en outre, il place un drain au fond de la plaie et fait le pansement de Lister.

Certainement cette addition est recommandable pour le soin de la plaie, mais le procédé n'en garde pas moins son vice originel.

Un chirurgien de Hanovre, M. Lindenmann, a imaginé autre chose. Voici la description que donne le docteur Kirchner, dans sa thèse inaugurale, du procédé de son maître : « Après avoir incisé les téguments, il fixe le feuillet pariétal du péritoine aux lèvres de la plaie cutanée, par un certain nombre de sutures en catgut. Puis, de chaque côté de l'angle supérieur de l'incision, il enfonce une aiguille courbe, munie d'un double fil en catgut très-solide, et, après avoir traversé la paroi du kyste et le parenchyme hépatique sus-jacent, il fait ressortir l'aiguille au niveau de l'angle inférieur de l'incision. Il peut ainsi, à l'aide de ces deux fils en anses parallèles aux lèvres de la plaie, attirer fortement le kyste et le foie contre l'ouverture pratiquée dans la paroi abdominale. Cela fait, il incise le kyste et le tissu hépatique qui le recouvre, dilate la plaie, évacue le contenu de la tumeur et suture ensuite les lèvres de l'incision pratiquée dans le foie aux lèvres de la plaie tégumentaire. Ce procédé permet d'obtenir sans peine l'occlusion hermétique de l'ouverture abdominale par le foie et le kyste sous-ja-

cent, qu'un aide attire au dehors en tirant sur les deux anses qui traversent ces parties profondes (1). »

Landau, avec quelques modifications de détail, emploie le même procédé, et, sur huit cas qu'il a opérés ainsi, un seul s'est terminé par la mort.

Ce procédé est expéditif, je le reconnais; si l'on opère avec le soin voulu, il prévient la chute du liquide kystique dans la cavité péritonéale; mais ne peut-il consécutivement, comme les précédents, provoquer le développement d'une péritonite? Car non-seulement ici cette séreuse est incisée sur une vaste étendue, mais elle est traversée par de nombreux points de suture. En outre, s'il y a une forte épaisseur de tissu hépatique à inciser, n'y a-t-il pas à craindre une hémorrhagie?

Le procédé est hardi, peut donner de beaux succès entre des mains habiles, mais n'a pas mes préférences.

Ponction avec ou sans aspiration

Dès longtemps la ponction simple était mise en pratique pour le traitement des kystes. Elle était faite avec un petit ou fort trocart, suivant les convictions de l'opérateur.

La ponction avec un trocart capillaire était jadis surtout faite pour éclairer le diagnostic; mais on remarqua qu'une ponction ainsi faite avait suffi pour amener parfois la guérison de kystes. Beaucoup de faits sont rapportés à l'appui (Moissenet, en 1859, en fit un mode de traitement). Un kyste ainsi vidé ne tardait pas souvent à se remplir de nouveau de liquide. Alors la ponction était répétée et pouvait l'être ainsi un nombre indéfini de fois, jusqu'à guérison du kyste ou mort de l'individu par péritonite, suppuration prolongée, infection purulente ou autres complications; ou bien une autre méthode remplaçait celle-là, dès qu'on voyait survenir des accidents.

(1) Rapporté par la *Gaz. méd.* de Paris, 14 août 1880.

Ceux-là, pour la ponction, se servaient de petits trocarts, qui pensaient qu'il suffisait pour tuer l'hydatide de lui enlever le liquide, son aliment, et qu'un écoulement lent et graduel était préférable à une sortie rapide.

Mais d'autres, faisant observer que, pour peu que le liquide hydatique fût visqueux ou épaissi, il était fort difficile, sinon impossible, de de vider la tumeur; qu'il était inutile de prolonger la douleur et l'inquiétude du patient par une longue opération; qu'en outre un gros trocart était aussi inoffensif qu'un plus petit, pour toutes ces raisons préférèrent employer de gros trocarts.

On a de graves reproches à faire à cette méthode de ponction simple; cependant de nombreuses guérisons ont été obtenues.

Murchison, sur 46 kystes ainsi traités, obtint 36 guérisons; il est vrai que, sur ce nombre, des accidents consécutifs à la ponction avaient nécessité une large ouverture de la poche kystique dans 10 cas, dont 2 se terminèrent par la mort. Jonassen comptait 7 guérisons et 3 morts sur 10 opérés. Boinet a fait 48 ponctions sur 14 malades, sans le moindre accident, et parmi ces malades deux avaient déjà subi 9 à 10 ponctions.

Et Hjaltelin, qui opérait en Islande, pays par excellence des échinocoques, dit: « Depuis vingt ans environ, la ponction est devenue à peu près la méthode générale en Islande, et on peut dire que pendant cette période plus de 100 opérations ont été suivies de succès. J'ai moi-même opéré environ 50 cas, et sur ce nombre 41 ont guéri. Mes collègues ont fait plus de cent opérations terminées par la guérison. »

Comme on le voit, Hjaltelin est enthousiasmé du procédé, et ceux qui en ont tiré bon parti sont nombreux: Récamier et Brodie, Robert, Boinet, Demarquay, Frérichs, Langenbeck, Anstie, Hulke, Laugier, Lenoir, Moissenet, etc. Cependant les accidents ne sont pas rares: du liquide hydatique peut tomber dans le péritoine et y déterminer une inflammation mortelle; par l'introduction de l'air dans la cavité, on rend la suppuration presque fatale. Jonassen nous dit qu'après une première opération d'un kyste, l'inflammation était certaine, et

qu'après la deuxième le liquide était toujours purulent. Et le malade est ainsi exposé à la résorption putride, à l'infection purulente. Quand les accidents se produisaient, les partisans de la méthode répondaient qu'il fallait les attribuer au manque de précautions.

Et Boinet écrivait: « Lorsqu'on retire la canule du kyste de la paroi abdominale, il faut avec le plus grand soin appliquer les doigts de la main gauche sur le point où le trocart a été enfoncé, refouler la paroi abdominale vers le kyste, de façon à ne laisser aucun espace libre entre celui-ci et celle-là. La compression doit être continuée quelques instants après l'opération, et maintenue à l'aide d'un bandage de corps et de compresses graduées. »

Jobert inaugura les ponctions successives; pour donner au kyste le temps de revenir sur lui-même, il se servait d'un trocart capillaire, retirait une petite partie du liquide, et, pour éviter l'épanchement dans la séreuse, il laissait la canule en place pour la retirer après 24 heures. Il renouvelait cette opération autant de fois qu'il était nécessaire pour la mort des hydatides et la rétraction du kyste.

Mais après 24 heures, y a-t-il l'adhérence cherchée? Certes, non: ainsi, chaque nouvelle opération apportait une chance de plus pour un épanchement dans le péritoine; en outre, cette méthode de ne pas vider complétement le kyste a, je crois, des inconvénients dont je parlerai bientôt. Le procédé était donc un peu plus compliqué, mais était resté défectueux comme le précédent.

Celui-ci serait encore souvent employé si nous n'avions mieux: la ponction capillaire aspiratrice.

Gubler, en 1869, présentait à l'Académie de médecine l'aspirateur de Dieulafoy et faisait connaître la méthode aspiratrice. En 1870, Dieulafoy faisait lui-même la première application de son appareil et de sa méthode avec plein succès. D'autres suivirent, et, malgré quelques accidents, on peut dire qu'un progrès marquant fut fait dans le traitement des kystes. Jaccoud (1) disait: « Sans me préoccuper de la

(1) Cliniques de Lariboisière.

question des adhérences et sans rien faire pour en provoquer, je pratiquerai, avec l'aspirateur de mon ami Dieulafoy, une ponction pour laquelle j'emploierai l'aiguille fine. Ce n'est point une ponction exploratrice que j'entends faire : c'est une ponction évacuante, par laquelle je me propose de vider le kyste aussi complétement que possible. Dès que cette évacuation sera effectuée, je prendrai, pour prévenir le développement d'une péritonite, l'ensemble de mesures que voici : le malade restera couché dans le décubitus dorsal pendant trois jours; durant ce temps, je ferai faire des applications permanentes de glace sur la région du foie et toute la partie sus-ombilicale droite de l'abdomen; en outre, on exercera, au moyen d'un large bandage de corps, une légère compression, autant du moins qu'il sera possible de le faire sans gêner l'application de la glace, qui est ici l'agent principal, ne l'oubliez pas. Si aucune douleur ne survient dans les 48 heures qui suivront l'opération, je n'aurai recours à aucun autre moyen; si, au contraire, des douleurs apparaissaient, soit dans l'abdomen, soit vers l'épaule droite, je ferais pratiquer aussitôt des injections de morphine à haute dose. »

Nous ignorons si ce dernier moyen peut donner ce que M. Jaccoud en réclame; mais passons.

Gubler, devant l'Académie de médecine, parle avec enthousiasme de l'aspirateur Dieulafoy; Jaccoud, comme on le voit, lui témoigne une grande confiance. M. Degoix (1) proclame l'innocuité presque absolue des ponctions capillaires aspiratrices, même souvent répétées : à notre avis, il faut rabattre de cet enthousiasme; mais, comme c'est le mode de traitement le plus innocent, comme il est des plus faciles à mettre en pratique, comme par la force aspiratrice il vide parfaitement, avec une fort petite aiguille, un kyste qui contiendrait un liquide visqueux et épaissi, ce que ne pourrait faire une ponction capillaire simple; comme, en ne permettant pas l'accès de l'air dans la cavité, il occasionne moins

(1) *De la Ponction aspiratrice des kystes hydatiques du foie*. Thèse de Paris, 1877, n° 11.

souvent la purulence du kyste ; comme, grâce au vide, il ne permet pas au liquide de s'épancher dans le péritoine ; comme enfin, ainsi que les statistiques le démontrent, il amène souvent la guérison du kyste après une ou plusieurs ponctions; pour toutes ces raisons, je dirai : Qu'un malade vienne se faire soigner pour un kyste non déjà traité, que l'état des forces ne soit pas inquiétant, commencez toujours, avec toutes les précautions requises, par une ponction capillaire aspiratrice.

Mais, si le kyste se remplit de nouveau, que doit-on faire? Les uns disent: Ne ponctionnez qu'une fois, recourez ensuite à d'autres moyens; les autres (Dieulafoy, Desnos, Degoix, etc.): Ponctionnez toujours. M. Dieulafoy fait observer qu'il a pu ponctionner jusqu'à trois cents fois un malade sans provoquer d'accident. A notre humble avis, c'est un tour de force, et voilà tout. Il ne faut pas trop s'amuser à en faire; la vie des malades et notre réputation, par contre-coup, pourraient en pâtir.

M. Dieulafoy a dit quelque part qu'il n'y a rien d'absolu en médecine et en chirurgie. Partant de là, je ne dirai pas: Ponctionnez un tel nombre de fois ; mais bien : Ponctionnez tant que le contenu reste limpide, tant que l'état général du malade reste satisfaisant; mais, dès que celui-ci paraît tant soit peu péricliter, dès que le liquide louchit et devient purulent, changez de méthode.

On opposera certains exemples de kystes suppurés, guéris après une ou plusieurs ponctions. Ce sont des cas heureux, et je crois que ce serait faire preuve d'un optimisme coupable que de compter, en semblable occasion, sur un tel dénoûment.

A propos du système des ponctions, une autre question se pose : Doit-on vider, oui ou non, complétement le kyste? La généralité est pour l'affirmative, parce que, dit-elle, l'hydatide sera plus sûrement tuée si on lui enlève tout le liquide qui la nourrit, et surtout parce que les parois du kyste, par leur élasticité et la pression des parties voisines, se rétractant concentriquement, feront monter le niveau du liquide laissé dans la cavité, et celui-ci, par l'ouverture encore béante faite par le trocart, pourra s'échapper et tomber dans le péritoine ; tan-

dis que, si le kyste est complétement mis à sec, alors même que l'hydatide sécrète encore une nouvelle quantité de liquide, lorsque son niveau atteindra l'ouverture laissée par le trocart, celle-ci se trouvera déjà fermée, et, ne le serait-elle pas, des adhérences se seront formées, qui préserveront le péritoine de tout danger.

D'autres ne se préoccupaient guère de ces éventualités, soutenant que, si la liqueur de l'hydatide était parfaitement limpide, il pouvait, sans accident en tomber dans le péritoine.

Murchison alla plus loin. En 1870, dans une discussion à la Société médico-chirurgicale de Londres, après avoir dit qu'on avait tort de se préoccuper de vider entièrement la tumeur et que, selon toute probabilité, le liquide des échinocoques peut se répandre dans les séreuses sans déterminer d'irritation, il ajoutait: On peut se demander s'il n'est pas préférable de laisser le liquide s'écouler peu à peu dans la cavité du péritoine.

Je suis bien sûr qu'au moment d'opérer il n'a pas trouvé ce moyen préférable, ou du moins il n'a pas écouté ses préférences; il n'aurait pas eu les nombreux succcès dont j'ai parlé.

Duffin, Simpson, Hjaltelin, partagent au reste son opinion, quant à l'innocuité du liquide hydatique; innocuité qui, certes, n'est pas démontrée.

Au reste, sait-on si le liquide possède, lors de l'opération, la limpidité, la pureté voulues? Ne peut-il contenir quelques globules de pus ou de sang, de la bile? Et l'action irritante de ces éléments sur le péritoine n'est, hélas! point douteuse.

Aujourd'hui l'on recommande, en général, l'épuisement complet du kyste; en tout cas, tous les opérateurs mettent leurs soins à éviter le moindre épanchement dans le péritoine. J'ai dit « en général », car M. Dieulafoy déclare qu'il est une circonstance où l'on ne doit pas d'une fois mettre à sec la cavité kystique: c'est lorsque le kyste est volumineux et ancien. Pourquoi? « C'est que, dans ce dernier cas, l'enveloppe du kyste épaissie a eu le temps de se vasculariser et présente alors les meilleures conditions pour suppurer. L'irritation provoquée

par l'aspiration, le vide fait dans la poche par la sortie du liquide: telles sont sans doute les causes qui la provoquent (1).

Mais, comme avec ce traitement il arrivait souvent que l'hydatide n'était point tuée, et que le kyste se remplissait derechef; comme, après une ou plusieurs ponctions, la suppuration survenait, devenait intarissable, exposant le malade à tous les dangers de l'infection putride ou purulente, il parut rationnel à quelques esprits de faire dans la tumeur des injections antiseptiques, antiputrides ou irritantes, suivant le but qu'il fallait atteindre. Pour obtenir le premier résultat, la mort de l'hydatide, on a de plus employé le froid, l'électricité, dont je parlerai plus loin.

Ponction avec injections

Les principaux liquides dont on s'est servi sont : la teinture d'iode, l'alcool, l'acide phénique, l'acide salicylique, l'eau chlorurée, la bile, une solution d'extrait mou de fougère mâle.

Teinture d'iode. — Boinet introduisit ces injections dans la pratique. Elles tuent sûrement l'hydatide et peuvent déterminer une inflammation adhésive des parois ; mais à leur suite surviennent souvent des accidents d'iodisme aigu. L'irritation produite peut être des plus violentes et l'inflammation s'étendre au péritoine, ou être déterminée directement dans celui-ci par la chute d'une goutte de la solution.

Pour en modérer les effets, Boinet en vint à retirer l'injection iodée de la cavité kystique, après l'y avoir laissée dix minutes environ.

Cette méthode est aujourd'hui délaissée; elle eut des succès entre les mains de son auteur, d'Aran, de Cadet de Gassicourt, de Chassaignac, de Vigla, etc., mais parut souvent nuisible.

(1) Dieulafoy, cité par Duhard, *Contribution à l'étude du trait. chir. des kystes du foie.* Thèse, Paris, 1879, n° 571.

Alcool. — Davaine rapporte deux cas de guérison par les injections d'alcool, l'un de Jobert, l'autre de Richard (1).

Acide phénique. — Assez fréquemment employé. Verneuil lui reproche de durcir, de rendre rigides, résistantes, les membranes hydatiques, et d'empêcher ainsi leur expulsion par la lumière de la canule ou de la sonde.

Acide salicylique. — Harley en préconise la solution au 1 p. 100, dont il se serait fort bien trouvé.

Eau chlorurée. — Verneuil l'emploie. Contrairement à l'acide phénique, elle rendrait les membranes hydatiques plus gluantes, plus visqueuses, et l'expulsion en est alors beaucoup plus facile ; seulement, comme elle perd rapidement son pouvoir désinfectant, il faut faire de nombreuses injections, 4 ou 5 par jour.

Bile. — Un kyste peut spontanément guérir si, à la suite d'ulcération des canaux biliaires, il se fait un écoulement de bile dans la tumeur.

On emprunta le procédé à la nature. Leudet en donnait l'idée en 1853 (2). Cadet de Gassicourt reconnaissait l'action antiseptique de la bile, ayant vu deux fois le pus disparaître après la pénétration de la bile dans un kyste. Dobleau dit qu'il a foi dans ce procédé, et Voisin le met en pratique. Le malade, pendant un mois, supporta fort bien les injections de bile, mais fut enlevé par une pneumonie. Pas de nouvel essai. Troisier, en 1874, remettait la question sur le tapis, et Porack communiquait à la Société anatomique un nouveau cas de kyste hydatique traité par des injections de bile. Les hommes les plus compétents en rejettent l'emploi, par crainte de son action redoutable sur la séreuse péritonéale.

Extrait de fougère mâle. — Le rapport de l'hydatide au tænia et les

(1) Davaine, *loc. cit.*, pag. 587 et 606.
(2) Leudet, *Bull. soc. anat. Paris*, 1853, ann. 28^{me}, p. 185.

effets de l'extrait de fougère mâle sur celui-ci donnèrent au docteur Pavy l'idée de ce traitement. Demi-drachme d'extrait de fougère mélangé à l'eau ou l'alcool, à l'aide d'un peu de potasse, fut injecté. Sur le moment, vive douleur, puis fièvre et évacuations par l'un et l'autre côté. Tous ces phénomènes cessèrent bientôt, et la guérison survint par résorption, ne laissant qu'un peu d'induration à l'épichondre droit (1).

Ce cas est resté isolé.

Il faut remarquer que les injections sont employées quel que soit le mode qu'on ait suivi pour l'ouverture du kyste.

Ponction avec gros trocart et sonde ou canule à demeure

Avec les précédentes méthodes de ponction, toutes les matières solides tant soit peu volumineuses (parois de l'hydatide, vésicules) que contient le kyste y restaient renfermées et s'y putréfiaient souvent, risquant à tous moments de tuer le malade par infection putride. Pour obvier à ces inconvénients, l'on mit en avant la ponction avec un gros trocart, pour créer une voie large et facile à la sortie des matières. Mais les parois de l'hydatide mère, les vésicules filles un peu grosses, ne peuvent d'emblée sortir ainsi. Il faut attendre, si l'on veut les extraire, que ces membranes frappées de mort se ramollissent, se dissocient en lambeaux, spontanément ou sous l'influence d'injections, de lavages appropriés, et, pour empêcher qu'à ce moment elles ne trouvent la porte fermée et que le liquide ou la matière ne tombe dans le péritoine, il faut laisser, dans l'ouverture faite par le trocart, de grosses sondes en gomme ou en caoutchouc, qui doivent parer à plusieurs inconvénients à la fois : maintenir la route ouverte aux détritus kystiques, empêcher d'abord par sa présence, plus tard par les adhérences qu'elle aura déterminées, qu'aucune matière étrangère

(1) *The Lancet*, 1er sept. 1866. — *Montp. méd.*, t. XVIII, p. 94, 1867.

ne pénètre dans la cavité péritonéale. Elle servira, en outre, à faire dans le kyste les injections convenables : émollientes, antiseptiques, irritantes, au gré du chirurgien.

Pour ces raisons, ce procédé me parait meilleur que les précédents. Ici les adhérences sont plus sûrement créées que par toute autre méthode, et, ne se feraient-elles pas, la sonde à demeure préserve le péritoine.

C'est à Jobert, qui, toujours désireux de mieux faire, a de temps en temps varié de procédé, qu'est dû celui-ci. Dolbeau, Boinet, en reconnaissent la supériorité et l'emploient. Gallard veut qu'on y recoure d'emblée. Pour lui, c'est perdre son temps et s'exposer à de graves mécomptes que de faire des ponctions capillaires : après celles-ci, dit-il, on est le plus souvent obligé d'en venir au gros trocart, et l'on a pendant ce temps-là fait souffrir inutilement et affaibli plus ou moins le malade ; le trocart capillaire ne peut laisser passer les débris d'hydatides, corps étrangers dont il faut débarrasser l'économie ; de plus, le gros trocart n'est pas plus douloureux qu'un petit, et, même en supposant une erreur de diagnostic, Gallard ne pense pas qu'il soit plus dangereux de tomber dans une tumeur solide, ou même en plein tissu hépatique, avec un gros trocart qu'avec un petit.

Pour faire prévaloir ses idées, chacun exagère les raisons : M. Gallard ne s'en est pas privé. Et, tout d'abord, moi, je préférerais, toutes conditions égales d'ailleurs, voir mon foie traversé par une fine aiguille que par un sabre, je suppose : un fort traumatisme est toujours plus grave qu'un petit ; en outre, une tumeur qui pourrait rester assez indifférente à une simple piqûre, peut, sous l'influence d'un fort traumatisme, d'un choc opératoire violent, changer l'allure lente et sourde de son évolution, pour envahir rapidement tous les tissus et tuer en peu de jours celui qu'elle aurait pu laisser vivre encore des mois ou même des années. Quant à la ponction capillaire aspiratrice, qu'il rejette absolument, j'ait dit quel est mon avis : je dirai à M. Gallard que, ce moyen étant le plus inoffensif, le plus commode, le plus facile et le moins effrayant pour le malade, et donnant pas mal de gué-

risons, il est bon de commencer par là, à condition de savoir à temps l'abandonner, s'il n'est pas suffisant. Verneuil, qui avait d'abord ouvert les kystes du foie avec le bistouri, y renonça à cause des hémorrhagies à craindre, s'il faut traverser le tissu hépatique dans une certaine épaisseur. Rejetant en outre la méthode Récamier comme longue et incertaine, il fait d'abord une ponction capillaire aspiratrice; si celle-ci ne suffit pas, il pénètre directement et d'emblée dans le kyste, avec un trocart gros comme le petit doigt; puis, ayant vidé la tumeur, il laisse dans la plaie une sonde en caoutchouc rouge, par laquelle il fait des injections antiseptiques. Quoiqu'il se serve d'un gros trocart et laisse une sonde à demeure, M. Verneuil, appréciant et redoutant les dangers que crée l'introduction de l'air dans une cavité renfermant des matières putréfiables, les évite par ce moyen : il garnit le bout de la sonde d'une peau de baudruche mouillée, qui permet la sortie des liquides kystiques, mais empêche l'entrée de l'air, parce que, dès que celui-ci, appelé par le vide de la cavité, tendrait à s'y précipiter, la baudruche s'applique fortement, par la pression à l'air extérieur, contre l'ouverture de la sonde, et l'oblitère exactement. Quand le moment est venu de faire des injections, on comprime d'abord la sonde avec une pince hémostatique, toujours pour éviter l'entrée de l'air ; on soulève ensuite la baudruche, le bec de la seringue à injection est introduit dans la sonde, dont il doit parfaitement obstruer la lumière, et, la pince hémostatique enlevée, on pousse l'injection : cela fait, afin de permettre de retirer le bec de la seringue sans danger, l'on replace la pince que l'on peut enlever immédiatement après, la baudruche mouillée pouvant désormais remplir son office.

Il injecte, si le liquide retiré du kyste est limpide, une solution phéniquée au 2 °/₀, au 5 °/₀ s'il est purulent. Aujourd'hui, croyons-nous, il préfère les injections d'eau chlorurée, pour les raisons ci-devant exposées au chapitre des ponctions suivies d'injections.

Verneuil, pour opérer, prend la précaution d'anesthésier, par des pulvérisations d'éther, le point qu'il veut ponctionner. C'est un exemple que ceux qui pourront feront bien d'imiter, mais ce n'est qu'accessoire.

Mais il va sans dire qu'avec ce procédé, comme avec les autres, on n'a pas que des guérisons: la sonde laissée dans l'ouverture faite par le trocart est nécessairement plus petite que celui-ci et ne peut fermer exactement l'ouverture; entre la sonde et les parois de la plaie, avant que les adhérences existent, du liquide hydatique peut pénétrer dans le péritoine et causer la mort; de l'air peut également, par le même chemin, faire irruption dans le kyste et rendre désormais la baudruche inutile. Et quelques-uns, au lieu de remplacer la canule par une sonde, tentèrent de laisser la canule du trocart en place : celle-ci remplit donc exactement la lumière de la plaie, les tissus lésés se resserrent sur elle, et, de la sorte, nul épanchement n'est à craindre. La canule est ainsi laissée dans la plaie jusqu'à ce qu'elle en sorte pour ainsi dire spontanément. Alors, sans exception, des adhérences solides unissent les feuillets du péritoine, et le malade est à l'abri de la complication que l'on a le plus à redouter, la péritonite.

Le Dr Roger, du Havre (1), rapportait l'observation d'un malade ainsi traité et guéri. De là il prenait occasion pour faire une étude comparée et critique des trois principales méthodes pour le traitement chirurgical des kystes. Rejetant la méthode Récamier et la ponction capillaire, aspiratrice ou non, à l'instar de Gallard il se prononce pour la ponction d'emblée, avec un gros trocart et la canule à demeure : « La seule objection à cette méthode est la possibilité de l'introduction de l'air; mais, puisque la plupart du temps on ne parvient à guérir les kystes qu'au moyen d'injections diverses, qu'importe que l'air y pénètre ou non (2) ? »

Cette méthode nous paraît présenter les plus grandes garanties, et, puisqu'il est en outre démontré que la canule est aussi bien supportée que la sonde, je l'adopterais, non en première ligne, comme M. Roger,

(1) *Essai critique sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques.* Paris, 1881, Octave Doïn, éditeur.

(2) Douglas Aigre. *Revue des maladies du foie, Progrès médical,* 10 septembre 1881.

mais après avoir essayé la ponction capillaire aspiratrice dans les conditions que j'ai déjà dites.

Quelques chirurgiens, dans la louable idée de prendre à chaque méthode ses avantages, préludent à la ponction avec un grand trocart par l'application de caustiques, qui font une plaie au fond de laquelle le trocart est enfoncé. Ainsi fait Richet. Après deux applications successives, l'une de pâte de Vienne, l'autre de chlorure de zinc, et lorsque l'eschare est tombée, il pénètre dans la tumeur avec un trocart gros comme le pouce. Il laisse la canule en place pendant trois jours seulement, et la remplace alors par une sonde en gomme du même calibre.

Au bout de quelques jours, il agrandit l'ouverture par une éponge préparée, et, la dilatation faite, il introduit une plus grosse canule par laquelle il puisse vider plus facilement et complétement le kyste. Du jour de l'opération jusqu'au dénoûment, il fait dans le foyer de nombreuses injections astringentes ou désinfectantes, avec de l'eau de noyer, une solution de tannin, de l'eau alcoolisée (1).

M. Richet a eu quelques succès en opérant ainsi ; mais sans doute M. Richet est assez habile pour obtenir de bons résultats de toute méthode, et je ne comprends pas bien l'utilité des complications qu'il y a apportées, et elles peuvent avoir des inconvénients.

Après trois jours, les adhérences peuvent ne pas exister, ou du moins ne pas être encore bien solides. Et, dans ce cas, ne risque-t-on pas de les détruire quand on voudra passer la sonde, ce qui ne saurait se faire sans quelque difficulté, car l'ouverture se rétrécira toujours un peu dès l'enlèvement de la canule? En outre, l'éponge dilatatrice peut être mal supportée, et si, par un malheureux hasard, elle est mal placée, elle pourra décoller, déchirer les adhérences.

Je suis bien d'avis qu'on ne doit pas laisser trop tôt se fermer le conduit: il faut auparavant s'assurer que la suppuration est tarie, que que le kyste s'est flétri, rétracté, qu'il est guéri en un mot.

(1) Cas rapporté par Bouillet., *Thèse*.

De plus, comme je crois que la canule laissée à demeure détermine plus sûrement les adhérences que la pâte de Vienne ou de Canquoin, sans en avoir les inconvénients, je considère cette première partie du procédé de M. Richet comme inutile, dangereuse, et faisant perdre un temps quelquefois précieux pour la vie des malades, dont elle aura diminué la force de résistance en les faisant cruellement souffrir.

Je rejette donc cette méthode, conservant toute ma préférence pour celle de M. Roger (du Havre).

Voyons maintenant la méthode Récamier :

Méthode par les Caustiques

Cette méthode, Després la proclame encore aujourd'hui incontestablement la meilleure (elle lui aurait donné 6 guérisons sur 7 opérés); beaucoup d'autres l'appliquent, dans son principe du moins, car aujourd'hui chacun invente et nous apporte un procédé à lui. Cette méthode, inaugurée en 1825 par Récamier, qui lui a donné son nom, fut un grand progrès, dans une époque où prévalaient universellement les idées de Lassus, qui s'opposait violemment à l'ouverture artificielle d'un kyste.

« L'ouverture des tumeurs hydatiques par un caustique a été pratiquée anciennement; mais dans ces cas le chirurgien, par l'application du caustique, n'avait d'autre but que de procurer une issue aux matières contenues dans la tumeur. Récamier, dans l'emploi de ce procédé, s'est proposé un but important: celui d'ouvrir un kyste situé dans un organe interne, sans déterminer d'épanchement dans la cavité séreuse adjacente (1).»

Et de ce jour, dans tous les procédés inventés, l'idée mère a été d'apporter le meilleur obstacle à l'épanchement dans le péritoine. Une fois la nature de la tumeur reconnue par une ponction capillaire, faite

(1) *Loc. cit.*, Davaine, p. 584.

dans un but seulement explorateur, Récamier faisait sur le point le plus saillant une large application du caustiqne.

Quand l'eschare produite était tombée, nouvelle application de potasse dans la plaie, et ainsi jusqu'à l'ouverture du kyste. Celui-ci vidé, Récamier aidait la sortie des membranes hydatiques par des lavages émollients et détersifs; ensuite venait le tour des injections antiseptiques.

Mais la potasse fuse, cause des ravages plus considérables qu'il ne faudrait; en un mot, son action est difficile à limiter. Et la potasse fut remplacée par la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin, tous caustiques qui ne présentent pas cet inconvénient. Cette méthode a été justement critiquée sur beaucoup de points:

1° Elle est longue.

Pour peu que le kyste soit profondément situé, son ouverture par les caustiques demande un temps considérable, 10, 15, 20, 30 jours et plus, après 3, 4, 5, 6 et 7 opérations successives de caustique; et cependant des accidents graves, à un moment donné, peuvent demander une intervention immédiate. Alors on peut hâter l'ouverture par des applications de caustique faites coup sur coup : si cela ne suffit pas, abandonnant les caustiques, le chirurgien doit ouvrir le kyste par une autre méthode, l'incision ou la ponction.

2° Elle est douloureuse, à ce point qu'il n'est pas rare que des malades ne puissent absolument pas la supporter. Le caustique, a-t-on dit, risque d'occasionner une péritonite: le reproche me paraît peu fondé, car les faits incriminés sont rares; et, en outre, par quelle méthode peut-on se vanter d'éviter sûrement la péritonite?

3° Elle ne détermine pas sûrement des adhérences. C'est ce qui arriverait surtout chez les sujets affaiblis, dont la puissance plastique est diminuée, et la méthode, par la longueur des souffrances qu'elle fait endurer au malade, tend à le mettre en cet état.

4° L'ouverture créée par la chute des eschares, d'abord large, va se rétrécissant à mesure qu'elle s'approche du kyste. « On entre de cette manière en communication avec le kyste par un entonnoir fort étroit

à sa partie profonde, ayant une tendance continuelle à s'oblitérer et nécessitant fréquemment la dilatation par l'éponge préparée ou tout autre moyen », dit Blachez. De plus, par le retrait du kyste, par le retour à leur place des organes voisins, jadis compromis et refoulés par la tumeur, le trajet du canal peut devenir oblique et sinueux.

Il peut être alors peu commode de placer l'éponge préparée dans la partie du canal rétréci ; d'où rétention des produits infects et difficulté de faire des injections.

Cherchant à obvier à tous ces divers inconvénients, les chirurgiens, tout en appliquant le principe de la méthode Récamier, apportèrent à l'opération les plus nombreuses modifications de détail.

Ainsi Demarquay, pour perdre moins de temps, incisait d'abord les téguments, et plaçait au fond de la plaie un large morceau de pâte de Vienne ou de Canquoin, qu'il recouvrait d'ouate et qu'il maintenait par une large bande de diachylon et un bandage de corps. Le caustique était enlevé après vingt-quatre heures de séjour dans la plaie ; l'eschare produite était incisée, et, si besoin était, nouvelle application de caustique : la plaie était simplement pansée à la charpie. Suivant les circonstances, le kyste était ouvert par le caustique ou le bistouri. Dans la plaie était fixée une sonde en caoutchouc, par laquelle devaient être faites de nombreuses injections.

Dolbeau, lui, après avoir employé la pâte de Vienne pour faire les adhérences, ouvrait le sac par une incision cruciale avec le bistouri. L'ouverture était maintenue béante par une sonde. Il ne commençait à faire des injections que lorsque la membrane hydatique se détachait des parois du kyste, et, pour hâter le nettoiement et la guérison, il allait, avec une pince, rechercher dans la cavité les membranes flétries de l'hydatide.

Richet fait deux applications de caustique et fait ensuite la ponction avec un gros trocart, avec canule et sonde successivement à demeure.

Tillaux opère en deux temps : il fait d'abord une application de pâte de Vienne ; prenant ensuite une flèche de Canquoin très-dure, que pour cela il a fait sécher au four, taillée en pointe et de 7 à 8 centi-

mètres de long sur 1 centimètre ou 1 centimètre et demi de large, il l'enfonce dans le kyste et le maintient en place par de la charpie et un bandage de corps.

L'eschare tombe au bout de quatre jours environ, laissant une large ouverture, par laquelle le kyste se vide facilement.

Pour prévenir pareillement l'étroitesse d'ouverture et ses conséquences, Demarquay faisait, suivant sa méthode, une application du caustique choisi, sur une longueur de 7 à 8 centimètres, et il excisait en outre les angles de la plaie, pour se ménager jusque dans le fond une ouverture assez large, et, pour prévenir le rétrécissement consécutif, il faisait pénétrer dans le kyste une sonde qu'il laissait à demeure.

Quelques modifications qu'on ait fait subir à la méthode originale, elle n'en est guère devenue meilleure: je la rejette donc, elle et tous ses divers modes.

Acupuncture et Électropuncture

En Islande, on a souvent obtenu la guérison de kystes en enfonçant dans la cavité une simple aiguille d'acier : la lésion ainsi produite suffisait à tuer l'hydatide et amener, par suite, la dégénérescence et la guérison du kyste.

De nombreux médecins de ce pays se servent encore de ce simple mode de traitement.

Mais l'acupuncture une ou plusieurs fois pratiquée a aussi bien souvent échoué.

On songea alors que l'hydatide et ses échinocoques pourraient bien être tués par l'électricité, conduite par cette aiguille ainsi enfoncée jusqu'au sein du kyste.

On essaya d'abord de petites décharges électriques qui se produisaient entre deux aiguilles d'acier enfoncées dans la tumeur à peu de distance l'une de l'autre. D'autres sont venus qui ont employé les courants continus ou les courants induits, et modifié quelque peu la manière de procéder.

En 1870, Hilton Fagge et Arthur Durham rapportaient devant la Société royale médico-chirurgicale de Londres huit observations de kystes hydatiques traités par l'électricité de la manière suivante :

Deux aiguilles d'or sont enfoncées, à deux travers de doigt l'une de l'autre, obliquement dans la tumeur, afin que leurs pointes puissent être amenées au contact de l'intérieur du kyste. Ces aiguilles communiquent avec le pôle négatif d'une batterie composée de dix éléments Daniell (ce qui ne nous indique nullement la force du courant employé), et le pôle positif aboutit à une éponge humide placée sur l'abdomen.

Deux aiguilles ne sont pas indispensables, une seule suffirait ; elles ne servent qu'à augmenter la surface d'action du courant électrique.

Pendant l'opération, on entendrait dans la tumeur une crépitation, qui serait due au dégagement du gaz hydrogène formé par l'électrolyse. Que devient cet hydrogène ? D'autres prétendent qu'ils n'ont jamais eu cette crépitation et ne croient pas à la formation du gaz.

On a prétendu que l'électricité n'était pour rien dans la guérison, que celle-ci était seulement due à la ponction. Il est certain que, comme je l'ai dit, l'acupuncture peut guérir un kyste.

L'électricité serait-elle de nul effet ? C'est ce que je ne dirai pas; les statistiques comparées des guérisons obtenues par les deux moyens pourront seules trancher la question.

On a encore essayé d'ouvrir les kystes hydatiques par le thermocautère, soit d'emblée, soit après avoir fait quelques applications de caustiques.

Ouverture par le thermocautère

Chauvel et le docteur Satre (1), de Grenoble, ont employé le thermocautère ; mais je n'ai pu savoir quel avait été le résultat.

On pourrait croire dès lors qu'il a été fatal ; mais je préfère me conformer à l'adage : Dans le doute, abstiens-toi.

(1) Rapporté par Turc, Thèse de Paris, 1881.

CONCLUSIONS

Je conclus que, pour le traitement d'un kyste hydatique, à moins que l'état général grave du malade ne demande une opération plus radicale, l'on doit toujours commencer par une ponction capillaire aspiratrice, faite avec des précautions minutieuses, dont je ne puis mieux faire que d'emprunter l'énumération à M. Launay (1).

1° S'assurer de la propreté de l'instrument ;

2° Placer un bandage de corps sous le malade ;

3° Éviter tout mouvement au malade ;

4° Ne pratiquer aucune pression ni percussion pour s'assurer de l'état de la tumeur ;

5° Retirer brusquement l'aiguille en appuyant fortement sur la paroi abdominale ;

6° Continuer cette pression pendant un certain temps ;

7° Fermer la plaie avec de la baudruche et du collodion ;

8° Serrer assez fortement le bandage de corps, et même exercer sur l'endroit de la piqûre une certaine compression avec de la ouate ;

9° Recommander l'immobilité absolue ;

10° Donner de l'opium.

Si la ponction capillaire est contre-indiquée ou ne suffit pas, recourir à la ponction avec un gros trocart et canule à demeure, suivant la méthode du docteur Roger, du Havre, et faire dans le kyste les diverses injections qu'il sera nécessaire.

(1) *De l'État actuel de la science dans le traitement du kyste hydatique du foie* Thèse de Paris, n° 275, 1881.

APPENDICE

Voici l'observation à laquelle j'ai fait allusion dans mon Avant-Propos.

Observation

G. B...., entre à l'hôpital St-Eloi le 26 janvier 1885. Elle est placée dans le service de M. le professeur Dupré, au n° 15 de la salle Sainte-Marie.

Elle est âgée de 29 ans, mais paraît plus vieille que ne l'indique ce chiffre. Son tempérament et ses forces se sont prématurément usés par la vie nomade qu'elle mène dès son bas âge. C'est, en effet, une vraie bohémienne, parcourant les villes et les pays les plus divers afin de gagner sa misérable existence. Cette femme et toute sa famille vont ainsi, traînant après eux quelques chiens savants, avec lesquels ils vivent dans la plus complète promiscuité, partageant avec eux leur gîte et leur pain.

Elle était ainsi faisant ce triste métier, lorsque, il y a de cela quinze jours, se trouvant obligée de traîner sur la route, dans une petite charrette, son mari impotent, elle sentit au côté droit, dans la région axillaire, une douleur vive à apparition subite. De ce jour, elle souffrit en ce point, mais pas assez pour interrompre son métier; la douleur, quoique assez vive, était supportable et lui permettait de vaquer à ses exercices quotidiens.

A quinze jours de là, la gêne fonctionnelle et la douleur s'étant notablement accrues, G. B..... se décide enfin à se faire admettre à l'hôpital, où elle est reçue d'urgence par l'interne de garde.

Elle entra donc le 26 janvier, et fut examinée, le soir même, par l'interne du service. Les recherches anamnestiques font connaître l'existence précaire de cette femme, mais il n'est relevé aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel.

Elle est dans le décubitus latéral droit; le visage est anxieux, les respirations sont fréquentes et courtes (35 par minute), les ailes du nez se contractent énergiquement. Le pouls est simplement fréquent, sans autre particularité. Une teinte bistrée est répandue sur tout son corps. Légère suffusion jaune des sclérotiques. Langue saburrale, dégoût des aliments, douleur à la pression au niveau du creux épigastrique.

Elle dit souffrir beaucoup du côté droit. La douleur est éparse, sans point fixe, s'irradiant vers l'épaule.

Il y a une déformation manifeste de la cage thoracique de ce côté : à partir de la troisième, toutes les côtes bombent considérablement. La palpation fait reconnaître l'absence de vibrations thoraciques dans presque tout le côté droit, sauf en haut, dans un petit espace correspondant aux trois ou quatre premières côtes.

A la percussion, matité absolue dans les deux tiers inférieurs. La ligne limitant cette matité avait la forme suivante : partant de la colonne vertébrale, au niveau de la septième vertèbre dorsale, elle s'élevait obliquement en haut et en dehors, gagnait l'épine de l'omoplate, se portait à peu près transversalement en dehors en croisant la région axillaire, passait à deux travers de doigt au-dessus du mamelon, s'incurvait alors brusquement vers l'appendice xyphoïde, où elle se confondait avec la matité hépatique.

A l'auscultation, silence respiratoire absolu dans toute la zone mate. Tout à fait au sommet, on perçoit une respiration soufflante, et çà et là quelques râles sous-crépitants ; pas d'égophonie.

Le foie était considérablement abaissé, en même temps qu'augmenté de volume. En haut, sa matité se confondait, sans ligne de démarcation possible, avec celle qui vient d'être décrite. En bas, envahissant le flanc, le foie arrivait à deux ou trois travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure : transversalement, il s'enfonçait dans l'hypochondre gauche.

Le lendemain 27, à la visite du matin, elle est examinée par M. le Professeur agrégé qui remplaçait pendant quelques jours le chef de service absent.

La dyspnée s'était beaucoup accentuée (42 respirations par minute), la matité même semblait s'être accrue. Devant l'anxiété respiratoire, la douleur de côté et la matité, on pense à un vaste épanchement pleurétique, et hâtivement on prescrit d'urgence la thoracentèse, qui est exécutée séance tenante. On ponctionne dans le sixième espace sur le bord postérieur de l'aisselle, au centre de la matité, avec l'aiguille n° 2 de Dieulafoy. Contre l'attente générale, cette opération ne donne issue à aucun liquide ; cependant il existe bien une cavité très-large, pleine d'un contenu en partie fluide, car le trocart aspirateur peut y être enfoncé jusqu'aux robinets d'écoulement et s'y mouvoir à l'aise dans tous les sens. L'opération en reste là. En nettoyant la canule, on recueille outre un liquide louche, que l'examen microscopique fait reconnaître pour du pus, un petit lambeau de membrane hyaline transparente, tremblotante et comme gélatineuse. A première vue, cela ressemblait à un fragment de membrane de kyste hydatique.

L'étude au microscope, en nous montrant sur une tranche les fines couches stratifiées dont il était composé, confirmait ce soupçon et établissait le diagnostic. On avait affaire à un kyste hydatique suppuré, très-probablement développé à la face convexe du foie.

Cette notion permit de préciser certaines particularités qui se rattachent à cette maladie. Ainsi la douleur du côté était perçue surtout au niveau de l'omoplate et dans l'épaule droite. La malade avait une répulsion instinctive pour tous les aliments animaux, surtout les aliments gras, et réclamait une nourriture exclusivement végétale.

Malgré la certitude du diagnostic, on ne tente aucune opération.

Les jours suivants, les 28, 29 et 30 janvier, la dyspnée va s'accentuant d'heure en heure. La matité cependant ne croît pas dans des limites appréciables, le poumon gauche se congestionne, et l'auscultation y fait entendre des râles sous-crépitants généralisés.

Enfin les phénomènes asphyxiques s'accroissent subitement dans la

nuit du 31. La respiration devient haletante ; les lèvres et les extrémités se cyanosent. L'interne de service, appelé en ce moment, tente une dernière ponction, toujours avec le n° 2. Cette tentative demeure aussi infructueuse que la première.

La malade meurt dans la matinée du 1er février.

AUTOPSIE

A l'ouverture du corps, on trouve un énorme kyste hydatique occupant tout l'hypochondre, et repoussant en haut le diaphragme et le poumon affaissé. Celui-ci n'occupe qu'un tout petit espace vers le sommet de la cage thoracique. Le foie, refoulé en bloc par en bas jusque vers l'épine iliaque antéro-supérieure, occupait transversalement presque toute la cavité abdominale. Le cœur était fortement projeté à gauche.

La cavité thoraco-abdominale ainsi ouverte, le kyste, du volume d'une tête d'adulte, apparaissait immédiatement coiffé par le diaphragme. Tout à fait en avant, au niveau des insertions sterno-costales de ce muscle, la tumeur sans adhérences était recouverte par la portion de péritoine considérablement agrandie qui correspond au ligament coronaire.

En haut et sur le bord droit, le diaphragme adhérait intimement à la convexité de la tumeur. Celle-ci venait affleurer le niveau des fausses côtes, mais la majeure partie du kyste était située en arrière, enfouie dans l'hypochondre, à la place du foie qu'elle avait délogé.

Les organes et le kyste, sortis hors de leur cavité, présentaient des particularités importantes, que nous allons passer en revue. Le kyste avait une forme parfaitement sphérique. Il s'était développé à la face supérieure du foie et entre les deux lames du ligament coronaire. A l'ouverture du kyste, il s'écoule au moins quatre litres d'un liquide purulent, contenant des milliers de vésicules hydatiques filles, dont les plus grosses pouvaient avoir le volume du poing. Dans le liquide se

trouvaient des cristaux de cholestérine groupés en petits blocs de couleur jaune rougeâtre.

La surface interne du kyste était rugueuse, parsemée çà et là de saillies irrégulières et de volume variable. Quelques-unes d'entre elles, d'une certaine épaisseur, présentent une dureté quasi-cartilagineuse.

Dans un point qui correspond à la partie supéro-postérieure, se trouve un trou admettant la pulpe du doigt indicateur et qui donne accès dans le tissu pulmonaire. C'est par cette voie que se serait vidé le contenu, si la mort n'était survenue sitôt.

Le foie, considérablement augmenté de volume, était congestionné. Le poumon droit, ratatiné, était refoulé contre les trois ou quatre premières côtes. Les lobes supérieur et moyen étaient congestionnés; le lobe inférieur, en partie atélectasié, adhérait très-intimement par sa base au diaphragme. En faisant des coupes dans sa substance, on tombe sur une petite cavité limitée par une zone de pneumonie et qui, inférieurement, communique avec l'ouverture trouvée sur la paroi du kyste.

Le poumon gauche est fortement congestionné.

Rien à noter du côté du cœur et des gros vaisseaux.

Vu et bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
ESTOR

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!